



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2016

Schizophrene Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Früherkennung verbessert die Prognose

Franscini, Maurizia ; Berger, Gregor

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-130419>

Scientific Publication in Electronic Form

Published Version

Originally published at:

Franscini, Maurizia; Berger, Gregor (2016). Schizophrene Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Früherkennung verbessert die Prognose. Zürich, PRIME PUBLIC MEDIA AG: medizinonline.ch Fachportal für Ärzte.

Schizophrene Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Schizophrene Störungen im Kindes- und Jugendalter sind zwar seltene, jedoch schwerwiegende Erkrankungen. Die Diagnose ist eine Herausforderung, da sich die Symptomatik oft schleichend entwickelt und - im Vergleich zu derjenigen Erwachsener - unspezifischer ist. Schizophrene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sind zwar mit einer schlechteren Prognose als im Erwachsenenalter verbunden. Studien zeigen jedoch, dass die Früherkennung und -behandlung die Prognose deutlich verbessert. Bei Verdacht auf eine schizophrene Entwicklung wird die frühzeitige Anmeldung bei Spezialisten daher sehr empfohlen. Bei Kindern und Jugendlichen, die sich in einem At-Risk-Stadium befinden, werden die Symptome regelmässig monitoriert und komorbide Störungen spezifisch behandelt. Bei Kindern und Jugendlichen mit einer Schizophrenie ist die Behandlung mit Antipsychotika Mittel der ersten Wahl. Schaffen von Vertrauen, Vermittlung einer positiven Haltung und spezifische Reintegrationsmassnahmen stellen wichtige Elemente für einen positiven Verlauf dar.



Schizophrene Störungen beginnen in der Regel in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter. Im Kindesalter sind sie sehr selten und deutlich schwerer zu diagnostizieren, weil sie sich bezüglich der Symptomatik von der Schizophrenie Erwachsener häufig unterscheiden **(Tab. 1)**. Die Krankheitssymptome können zudem eine grosse Ähnlichkeit mit verschiedenen Entwicklungsstörungen aufweisen, was eine diagnostische Zuordnung zusätzlich erschwert [1,2]. Daher ist es nicht gerechtfertigt, die Erwachsenenkriterien eins zu eins auf das Kindesalter zu übertragen. Mit zunehmendem Alter nähert sich die Symptomatik zwar derjenigen der erwachsenen Patienten an, doch der Verlauf bei Jugendlichen ist fluktuierender als bei Erwachsenen.

Tab. 1: Unterschiede zwischen psychotischen Symptomen im Kindes- und Erwachsenenalter

Symptom	Manifestation im Kindesalter	Manifestation im Erwachsenenalter
Halluzination	Häufig multimodal (akustisch, optisch), häufig konkretisiert und/oder stereotyp benannt, z.B. «der schwarze Mann», «der Geist mit dem Kopf unter dem Arm»	Akustische Halluzinationen weit häufiger als Halluzinationen anderer Modalitäten, selten in der Bezeichnung personifiziert
Wahn	Häufig vage, in der Beschreibung wenig konkret, teilweise langsam aufbauend auf zurückliegende Erfahrungen (z.B. Mobbing)	Meist sehr spezifisch, häufig komplex ausgestaltet
Desorganisierte Sprache	Häufig nur schwer von einer Entwicklungsstörung der Sprache abzugrenzen, vor allem wenn im Vorfeld solche Störungen bestanden haben	Klarer Unterschied zum vorherigen Funktionsniveau des Sprechens und der Sprache
Desorganisiertes Verhalten	Ähnlich wie im Erwachsenenalter, aber ggf. stärker beeinflusst und kontrolliert durch Eltern/Lehrer, was die Auswirkungen möglicherweise minimiert	
Negativsymptomatik	Häufig fehlinterpretiert und im Rahmen von anderen Störungsbildern gesehen, z.B. Depression, Störung des Sozialverhaltens	

nach [19]

Symptome einer schizophrenen Störung

Schizophrene Störungen sind in der Regel durch überdauernde psychotische Symptome charakterisiert, die nicht durch andere organische Ursachen erklärt werden können. Experten unterscheiden zwischen Positiv- und Negativsymptomen. Den Positivsymptomen werden Wahnphänomene, Halluzinationen, Ich-Störungen sowie ein desorganisiertes Denken und Handeln zugerechnet. In der Regel entwickelt sich die soziale Perspektivenübernahme bis zum sechsten Lebensjahr. Daher sind Kinder bereits ab dem Schulalter fähig, Positivsymptome in Form von diffuser Wahnstimmung, Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen sowie abnormem Bedeutungserleben zu entwickeln. In ihrem strukturellen Aufbau und in der inhaltlichen Ausgestaltung sind die Wahnphänomene der Adoleszenz nicht anders als bei Erwachsenen. Im Jugendalter sind diese jedoch weniger systematisiert. Halluzinationen aller Sinnesmodalitäten sind bei Kindern häufig und können im Zusammenhang mit Angstzuständen, ausserordentlichen psychischen Belastungen oder körperlichen Ausnahmezuständen wie hohem Fieber auftreten. Bei Schizophrenien mit Krankheitsbeginn im Kindesalter berichten 80% der Betroffenen über optische und 90% über akustische Halluzinationen [3]. Im Erwachsenenalter sind optische Halluzinationen vergleichsweise seltener (35%).

Zu den Negativsymptomen werden Apathie, Mangel an Spontaneität, verminderte Aktivität, Sprachverarmung, Mangel an Initiative und eine reduzierte nonverbale Kommunikation gezählt. Die Affektverflachung geht nicht selten mit einem Antriebs- und Interessenverlust einher. Häufig begleiten depressive und dysphorische Symptome den Beginn psychotischer Erkrankungen. Die Zuordnung der psychotischen Symptome zu einer schizophrenen oder affektiven Erkrankung ist im Jugendalter oft schwierig [4].

Krankheitsbeginn, Dauer der unbehandelten Psychose und Prognose

Die Prognose bei Beginn einer Schizophrenie im Kindesalter ist deutlich schlechter als im Erwachsenenalter. An Schizophrenie erkrankte Kinder zeigen stärkere entwicklungsneurologische und kognitive Defizite mit deutlichen hirnstrukturellen Veränderungen [5,6]. Dies führt zu grösseren Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus in einer kritischen Phase der persönlichen Entwicklung, was beträchtliche Folgen für die weitere Ausbildung und die soziale Integration hat [7].

Aus der klinischen und neurobiologischen Forschung kommen immer mehr Hinweise, dass eine frühzeitige Behandlung den Verlauf und die Prognose psychotischer Erkrankungen positiv beeinflussen kann [8]. Studien haben gezeigt, dass die Dauer der unbehandelten Psychose bei Jugendlichen signifikant länger ist als bei Erwachsenen [9]. Dafür gibt es verschiedene Gründe: ausgeprägte und schleichende Symptomatik, ein atypisches Bild, das oft als pubertäre Krise fehlinterpretiert wird sowie die falsche Einordnung der Symptomatik, weil bereits andere Diagnosen bestehen. Hinzu kommt, dass die betroffenen Familien zunächst bei anderen Diensten Hilfe suchen. In der Folge werden die Betroffenen später bei Kinder- und Jugendpsychiatern vorgestellt.

Es scheint ein guter Ansatz zu sein, die Dauer der unbehandelten Schizophrenie zu verkürzen, um auch die gravierenden Konsequenzen der Erkrankung zu reduzieren [10,11]. Die Symptome einer sich entwickelnden psychotischen Störung sollten am besten so früh wie möglich erkannt, nachverfolgt und behandelt werden.

Zentren zur Psychosefrüherkennung

Weltweit wurden Zentren zur Psychosefrüherkennung geschaffen, die dazu beitragen, dass Experten sich dieser komplexen Störung widmen und Patienten frühzeitig optimal behandeln. Die Schaffung solcher Zentren führte zu einer Verkürzung der Dauer unbehandelter Psychosen und reduzierte falsch-positive oder falsch-negative Diagnosestellungen. Experten sind sich auch gewohnt, das familiäre und psychosoziale Umfeld von frisch erkrankten Kindern und Jugendlichen in eine indizierte und spezifische Behandlung miteinzubeziehen. Haus- und Kinderärzte spielen bei der Früherkennung von Psychosen aber nach wie vor eine zentrale Rolle, da sie Warnzeichen einer potenziell psychotischen Erkrankung erkennen können und diese aktiv erfragen sollten, damit frühzeitig Hilfe von Experten herbeigezogen werden kann **(Tab. 2)**.

Tab. 2: Risikosymptome und attenuierte psychotische Symptomatik

Unspezifische Risikosymptome

- Unerklärbarer Leistungsknick
- Reduzierte Belastungsfähigkeit
- Selbstvernachlässigung
- Sozialer Rückzug, Isolation
- Probleme in Beziehungen

- Probleme mit dem Denken
- Konzentrationsprobleme
- Erhöhte Ablenkbarkeit

- Unruhe, Nervosität
- Irritierbarkeit, Reizbarkeit
- Erhöhte Sensibilität
- Schlafstörungen
- Appetitlosigkeit

- Depression
- Stimmungsschwankungen
- Ängste
- Antriebslosigkeit, Energielosigkeit

Attenuierte psychotische Symptome

- Nicht nachvollziehbares Misstrauen
- Seltsame Ideen, wie das Gefühl beobachtet oder beeinflusst zu werden
- Intensivierung oder Veränderung von Wahrnehmungen wie Geräuschen oder Farben
- Gefühl, man selbst oder die Umgebung verändere sich
- Ungewöhnliche Sinneswahrnehmungen wie Hören von Geräuschen, Flüstern, Schritten, Klingeln des Telefons oder das Rufen des Namens, obwohl niemand da ist, oder das Sehen von Schatten
- Neue ungewöhnliche Interessen

Die Früherkennungssprechstunde für psychotische Störungen der KJPP Zürich bietet eine ausführliche Diagnostik und eine integrative Behandlung an. Einzel- und Gruppentherapien und Vernetzungsarbeit mit den verschiedenen Institutionen sind wichtiger Bestandteil der Begleitung.

Abklärung

Die diagnostische Abklärung beginnender psychotischer Störungen umfasst eine ausführliche persönliche Anamnese mit der genauen Erhebung der persönlichen, schulischen und psychosozialen Entwicklung. Der vergangene oder aktuelle Konsum von Drogen sollte ausführlich erfragt werden, da der bei Jugendlichen sehr verbreitete Konsum von Tetrahydrocannabinol und synthetischen Drogen das Psychoserisiko erhöhen kann. Die Familienanamnese dient zur Erfassung möglicher familiärer Vorbelastungen. Das Abklären von prämorbidem und komorbiden psychiatrischen Störungen ist sehr wichtig, da bereits bestehende Störungen mit einem erhöhten Risiko einhergehen, an einer psychotischen Störung zu erkranken.

Die Testung der Intelligenz kann besonders bei Kindern und Jugendlichen in Ausbildung dazu beitragen, Teilleistungsstörungen zu erkennen oder kognitive Defizite zu erfassen, die schon bestehen oder im Verlauf einer psychotischen Entwicklung entstanden sind. Eine somatische Untersuchung mit Labor, EEG und Schädel-MRI erachten wir als sehr wichtig, um mögliche organische Ursachen ausschliessen zu können.

Ultra-High-Risk-Stadium

Durch die Schaffung von Expertenzentren präsentieren sich immer mehr Kinder und Jugendliche mit Vorläufersymptomen (**Tab. 2**). Diese Kinder und Jugendlichen befinden sich in einem «Ultra-High-Risk-Stadium» (UHR) für die Entwicklung einer psychotischen Störung, auch «At-risk-Mental-State» oder «Prodrome» genannt. Sie sollten regelmässig überwacht werden, damit ein möglicher Übergang zu einer manifesten ersten psychotischen Episode rechtzeitig erfasst werden kann.

Die Bedeutung des UHR bei Kindern und Jugendlichen ist jedoch unsicherer als bei Erwachsenen. Eine kürzlich veröffentlichte Metaanalyse zum prädiktiven Wert der UHR-Kriterien für die Entwicklung einer Psychose beschreibt eine niedrigere Übergangsrate nach einem Jahr Follow-up in der Kinder- und Jugendlichengruppe im Vergleich zur Gruppe der Erwachsenen. Aktueller Forschungsgegenstand sind spezifischere Kriterien und Marker bei Kindern und Jugendlichen, um eine bessere Vorhersagekraft (Prädiktivität) und Spezifität zu erreichen [12]. Bereits heute ermöglichen spezifische Instrumente die differenzierte, frühzeitige, qualitative und quantitative Erfassung solcher Vorläufersymptome; dazu gehören das «Schizophrenia proneness instrument for childhood and youth» (SPICY), das «Structured interview for prodromal symptoms» (SIPS) und das «Comprehensive assessment of at risk mental state» (CAARMS).

Bei Kindern und Jugendlichen, bei denen ein UHR bestätigt wird, sind spezifische psychologische und psychosoziale Interventionen empfohlen, mit dem Ziel, Einbussen der Funktionalität aufzufangen und ein Fortschreiten zu einer manifesten Psychose zu verhindern. Ein wichtiger Bestandteil der Behandlung ist die Therapie der komorbiden Störungen wie Suchtleiden, Depressionen und Angststörungen. Am wichtigsten ist jedoch ein regelmässiges Monitoring, um

eine potenzielle Transition zur Psychose ohne Zeitverzögerung zu erfassen. In der Regel empfiehlt sich der Beginn einer antipsychotischen Therapie, wenn psychotische Symptome über mehr als eine Woche vorhanden sind und mit einer funktionellen Beeinträchtigung verbunden sind. Unter diesen Umständen würden Experten von einer Transition sprechen. Es gibt auch Studien, in denen schon vor der Transition zur Psychose niedrig dosierte Antipsychotika eingesetzt wurden und die einen schützenden Effekt auf die Progression der Erkrankung zeigen konnten. Doch fehlen bis heute Marker, die einen grundsätzlichen Einsatz in dieser Gruppe von Jugendlichen rechtfertigen, da über 80% nie eine Schizophrenie entwickeln.

Es gibt auch Hinweise darauf, dass experimentelle Therapien wie z.B. die Verabreichung von hochdosierten Omega-3-Fettsäuren eine signifikante Reduktion von Psychoseübergängen bewirken. Aktuell werden in zwei gross angelegten Studien vielversprechende Studienresultate überprüft [13,14].

Behandlung einer schizophrenen Erkrankung

Wenn sich eine schizophrene Erkrankung etabliert hat, ist in über 80% der Fälle eine lebenslange Therapie notwendig. Daher ist es wichtig, dass sich der Betroffene auf eine möglicherweise mehrere Jahre dauernde Begleitung einlässt. Das Schaffen von Vertrauen, die Vermittlung einer positiven Haltung und die Gewährleistung der Kontinuität der therapeutischen Beziehung sind wichtige Elemente für einen positiven Verlauf.

In der akuten Phase ist die medikamentöse Behandlung unentbehrlich. Medikamente der ersten Wahl sind atypische Antipsychotika [15,16]. In der akuten Phase soll die Indikation für eine stationäre Behandlung wegen der möglichen traumatischen Folgen für Patient und Angehörige gut überlegt sein. Eine notfallmässige Einweisung ist bei Selbst- und Fremdgefährdung und Dekompensation des Familiensystems jedoch häufig nicht vermeidbar.

Häufig haben die Patienten wegen der Erkrankung die Fähigkeit zur Krankheitseinsicht verloren. Die erste Schwierigkeit in der Behandlung schizophrener Störungen liegt deshalb darin, die Patienten zu überzeugen, sich auch medikamentös behandeln zu lassen. Die psychotherapeutische Allianz und der Aufbau des Vertrauens zwischen Patient, Angehörigen und Therapeut wirken sich hier positiv aus.

Bausteine der psychotherapeutischen Behandlung sind neben der ausführlichen Psychoedukation verschiedene Interventionen, die zum Ziel haben, den erlebten Stress zu reduzieren und einen gesunden Lebensstil zu entwickeln, der vor Rückfällen schützt. Bei persistierenden Wahnideen oder Halluzinationen werden spezifische therapeutische Ansätze verwendet. Das therapeutisch begleitete Üben von sozialen Kompetenzen ist ein wichtiger Baustein der sozialen Reintegration. Im KJPP wird ein Gruppentraining angeboten (DBT-2P): Sechs bis sieben betroffene Jugendliche erlernen gemeinsam Strategien zu entwickeln, um mit der psychotischen Symptomatik und der Erkrankung besser umzugehen. Neben psychotherapeutischen Elementen gehören auch ergotherapeutische Interventionen dazu, damit beeinträchtigte kognitive Funktionen trainiert werden können.

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen können Smartphones dienlich sein: Aktuell wird in unserem Zentrum eine App entwickelt, die therapiebegleitend psychoedukative Elemente und Skill-Listen beinhaltet und das Monitoring der Symptomatik und Medikationserinnerungen ermöglicht.

Nach der akuten Phase besteht der nächste wichtige Schritt darin, die schulische und berufliche Reintegration durch Aufklärung und Einbindung der betreffenden Institutionen sorgfältig vorzubereiten. Entscheidend für ein besseres Outcome ist – wie zwei unabhängige Studien in Australien gezeigt haben – einerseits die Möglichkeit, im schulischen System integriert zu bleiben, andererseits die spezifische Unterstützung bei der Bewältigung alterstypischer Entwicklungsschritte [17,18].

Literatur:

1. Bartlett J: Childhood-onset schizophrenia: what do we really know? *Health Psychol Behav Med* 2014; 2(1): 735-747.
2. Gochman P, et al.: Childhood-onset schizophrenia: the challenge of diagnosis. *Curr Psychiatry Rep* 2011; 13(5): 321-322.
3. David CN, et al.: Childhood onset schizophrenia: high rate of visual hallucinations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50(7): 681-686.
4. Calderoni D, et al.: Differentiating childhood-onset schizophrenia from psychotic mood disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(10): 1190-1196.
5. Ordonez AE, et al.: Neuroimaging findings from childhood onset schizophrenia patients and their non-psychotic siblings. *Schizophr Res* 2015. pii: S0920-9964(15)00132-2.
6. Rapoport JL, Gogtay N: Childhood onset schizophrenia: support for a progressive neurodevelopmental disorder. *Int J Dev Neurosci* 2011; 29(3): 251-258.
7. Driver DI, et al.: Childhood onset schizophrenia and early onset schizophrenia spectrum disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2013; 22(4): 539-555.
8. Fusar-Poli P, et al.: The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry* 2013; 70(1): 107-120.
9. Schimmelmann BG, et al.: Pre-treatment, baseline, and outcome differences between early-onset and adult-onset psychosis in an epidemiological cohort of 636 first-episode patients. *Schizophr Res* 2007; 95(1-3): 1-8.
10. Johannessen JO, et al.: First-episode psychosis patients recruited into treatment via early detection teams versus ordinary pathways: course and health service use during 5 years. *Early Interv Psychiatry* 2011; 5(1): 70-75.
11. Nordentoft M, et al.: The rationale for early intervention in schizophrenia and related disorders. *Early Interv Psychiatry* 2009; 3 Suppl 1: S3-7.
12. Schultze-Lutter F, et al.: EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry* 2015; 30(3): 405-416.
13. Amminger GP, et al.: Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic

- disorders: a randomized, placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatry 2010; 67(2): 146-154.
14. Amminger GP, et al.: Longer-term outcome in the prevention of psychotic disorders by the Vienna omega-3 study. Nat Commun 2015; 6: 7934.
 15. Kendall T, et al.: Recognition and management of psychosis and schizophrenia in children and young people: summary of NICE guidance. BMJ 2013; 346: f150.
 16. Schimmelmann BG, et al.: Treatment of adolescents with early-onset schizophrenia spectrum disorders: in search of a rational, evidence-informed approach. Curr Opin Psychiatry 2013; 26(2): 219-230.
 17. Amminger GP, et al.: Outcome in early-onset schizophrenia revisited: findings from the Early Psychosis Prevention and Intervention Centre long-term follow-up study. Schizophr Res 2011; 131(1-3): 112-119.
 18. McGorry PD, et al.: EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. Schizophr Bull 1996; 22(2): 305-326.
 19. Sikich L: Diagnosis and evaluation of hallucinations and other psychotic symptoms in children and adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2013; 22(4): 655-673.

InFo NEUROLOGIE & PSYCHIATRIE 2016; 14(2): 8-12

Dr. med. Maurizia Franscini
Dr. med. Gregor Berger

Copyright (PDF):

Der Download des PDFs und dessen Nutzung unterliegt den AGBs der PRIME PUBLIC MEDIA AG. Bei Bereitstellung des PDFs in digitaler Form für Dritte (z.B. Download auf Ihrer Website etc.) bitten wir Sie höflich, uns dies unaufgefordert und schriftlich mit Link an info@primemedic.ch anzugeben.